No 13.

ESSAI

SUR

LA PNEUMONIE.

Tribut Académique,

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 24 FÉVRIER 1827;

PAR

J.-A.-É. CABARRUS,

DE PARIS,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE.

A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Seul Imprimeur de la Faculté de Médecine, près l'Hôtel de la Préfecture, n° 62.

1827.

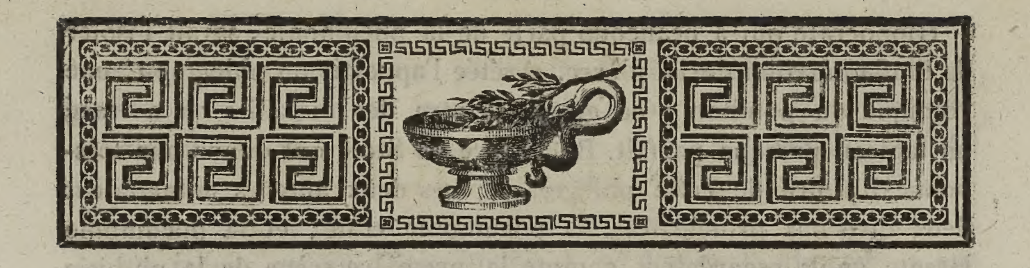
A MONSIEUR

Le Docteur DOUBLE,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC. ETC.

Hommage public de ma reconnaissance et de mon respectueux attachement.

É. CABARRUS.



ESSAI

SUR

LA PNEUMONIE.

DÉFINITION, SYNONYMIE, HISTOIRE.

On appelle pneumonie, l'inflammation du tissu pulmonaire. Connue dès la plus haute antiquité, cette phlegmasie a reçu des dénominations différentes, suivant les idées systématiques des auteurs qui en ont traité. On la désigna d'abord, sous le nom de pleurésie, c'est-à-dire, mal de côté, à cause d'un de ses principaux symptômes ; et plus tard, quand elle eût été mieux observée, elle fut tour-à-tour appelée péripneumonie par Linnæus, Vogel, Sauvages, Boërhaave, Pinel, Bayle, Laënnec ; fluxion de poitrine, fièvre péripneumonique par Hoffmann ; pulmonie par Arétée ; pneumonie par Cullen et plusieurs modernes. C'est la pneumonitie de M. le professeur Baumes ; la pleuro-pneumonie de Triller et autres qui prétendent qu'on ne peut distinguer l'inflammation de la plèvre de celle du poumon. Me fondant sur les résultats que donne l'anatomie pathologique, j'ai adopté de préférence le mot *pneumonie*, comme exprimant d'une manière plus exacte le siége le plus ordinaire de la maladie.

Hippocrate qui a beaucoup parlé de la pneumonie, savait l'isoler de l'inflammation de la plèvre. Arétée l'appelait un phlegmon, une vomique du poumon : ce grand peintre des maladies en a tracé un tableau presque parfait. Boërhaave et Stoll ont donné une très-bonne histoire de cette phlegmasie ; ces deux auteurs admettaient deux divisions principales : la pneumonie vraie, et la pneumonie latente qu'ils regardaient comme la première scène de la phthisie pulmonaire. Haller, Triller, Cullen, Frank, Portal, ont confondu et étudié ensemble l'inflammation du poumon et celle de la membrane séreuse qui les tapisse. Enfin, c'est principalement Pinel qui, à l'aide des symptômes, a posé une ligne de démarcation bien tranchée entre la pleurésie et la pneumonie ; mais la découverte de M. Laënnec a, dans ces derniers temps, donné une certitude bien autrement positive au diagnostic de l'une et de l'autre de ces affections. Toutefois il ne faudrait pas croire qu'elles sont toujours isolées ; au contraire, elles existent souvent simultanément, soit que la même cause les développe en même temps sur l'un et l'autre organe, soit que la phlogose se propage par voie de contiguité de surfaces de la plèvre au poumon, et *vice versâ*. Enfin, la phlegmasie peut débuter par un catarrhe pulmonaire et s'étendre progressivement de l'intérieur vers l'extérieur ; les recherches d'anatomie pathologique ne laissent plus aujourd'hui le moindre doute à cet égard.

CAUSES.

La vascularité, le haut degré de vitalité des organes pulmonaires, les sympathies qui les unissent avec l'ensemble de l'organisme et en particulier avec la peau, leur donnent une grande aptitude à contracter l'inflammation. Cette aptitude est d'ailleurs provoquée par les nombreux modificateurs qui nous circonviennent de toutes parts, et souvent puissamment aidée par des dispositions natives ou acquises.

Ce court aperçu explique déjà suffisamment la fréquence de la pneumonie ; je vais néanmoins entrer avec plus de détails dans l'examen de ses causes que je diviserai en prédisposantes et occasionelles.

Causes prédisposantes. L'âge a été regardé par certains auteurs comme devant être rangé parmi les causes prédisposantes de la pneumonie; Hippocrate croyait qu'elle se manifestait plus fréquemment depuis l'adolescence jusqu'à l'âge de retour. (*Aphor.* 30, *sect.* 3.) D'un autre côté, des observations de MM. Andral et Guersent prouvent que les enfans sont très-souvent atteints de cette maladie, et qu'elle mérite même d'être étudiée à cet âge de la vie comme une variété importante. La femme paraît y être moins exposée : chez elle en effet l'hématose est moindre, le régime de vie plus tempéré, les occupations moins actives, les tissus plus souples; et l'écoulement périodique auquel elle est sujette, ménage d'ailleurs à la nature une voie propre à juger plusieurs maladies, presque au même instant qu'elles paraissent.

Les personnes douées d'une constitution athlétique, dont les poumons sont très-développés, la circulation très-active, le caractère irascible et impétueux, celles qui ne savent point établir un juste équilibre entre les forces qu'elles acquièrent et celles qu'elles dépensent, ont une très-grande aptitude aux maladies inflammatoires, et par suite à la pneumonie. Les professions qui obligent à respirer habituellement un air chargé d'émanations irritantes; celles qui soumettent les organes pulmonaires à un exercice violent ou à l'impression brusque d'une température alternativement chaude et froide, peuvent être regardées avec raison comme prédisposant aux fluxions de poitrine. Hippocrate a signalé le printemps et l'hiver comme propres à développer la pneumonie; et elle s'observe plus communément pendant les mois de mars, avril et mai, alors que les vicissitudes atmosphériques sont plus fréquentes.

Nul doute que la mauvaise conformation du thorax, naturelle ou acquise, ne fomente, pour ainsi dire, dans les poumons le germe de l'inflammation. C'est là un des motifs qui explique la fréquence des pneumonies aiguës chez les phthisiques. On doit donc s'élever avec force contre le déplorable usage des corsets, qui, gênant l'accroissement de la poitrine et des organes qu'elle renferme, devient la source de si graves maladies.

Enfin, l'existence des tubercules détermine souvent l'inflammation pulmonaire ; c'est d'ailleurs une règle générale pour tous les organes où se développent des tissus accidentels.

Causes occasionelles. Parmi les causes que nous venons d'étudier, plusieurs peuvent devenir causes efficientes : ainsi, un froid subit, agissant sur la peau, détermine la suppression de la transpiration, et en vertu de la réciprocité de fonctions entre les tégumens communs et la membrane muqueuse pulmonaire, il s'établit un surcroît d'actions dans celle-ci.

La suppression brusque d'une évacuation accoutumée, la répercussion d'un exanthème aigu ou chronique, de la goutte, du rhumatisme, établissent quelquefois une fluxion métastatique vers les poumons.

Toutefois, il est bon d'observer qu'on a pris souvent l'effet pour la cause : la variole, la rougeole, la scarlatine, par exemple, ne se développent pas convenablement ou disparaissent prématurément à l'occasion d'une phlegmasie interne, et en particulier d'une pneumonie.

Enfin, des agens physiques frappant avec violence les parois thoraciques, ou se frayant un chemin jusqu'aux organes pulmonaires, peuvent y faire naître l'inflammation : dans ce cas, la pneumonie pourrait être appelée traumatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il m'a paru que l'étude des causes conduisait assez naturellement à celle des diverses modifications morbides qu'elles font subir aux organes sur lesquels porte leur action ; cette marche semble même devoir amener une interprétation plus facile et plus juste des symptômes, qui ne sont eux-mêmes que l'expression de la souffrance des organes, et aplanir la voie des indications thérapeutiques, en même temps que le pronostic en devient plus assuré ; tout se rattache ici, en effet, à la connaissance exacte des divers degrés d'inflammation qu'éprouvent les organes pulmonaires.

Les travaux de Bayle, de Laënnec, d'Andral, ont appris que

les désordres produits par l'inflammation dans le tissu pulmonaire se présentent sous trois formes principales : l'engouement, l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise. Le premier degré ou l'engouement est caractérisé par les traits suivants : la partie affectée, devenue plus pesante que dans l'état normal, a pris une teinte rouge qui contraste avec la couleur d'un rose pâle des portions du même organe restées saines. Le parenchyme est encore crépitant, mais on sent en le comprimant qu'il est gorgé d'un fluide, d'une densité plus grande que celle de l'air. Sa consistance est d'abord augmentée, au point qu'on peut le tirailler avec force sans le déchirer ; mais, pour peu que la phlegmasie ait eu d'intensité, on observe un phénomène entièrement opposé : dans ce cas, le parenchyme se laisse écraser entre les doigts qui le pressent même légèrement. Si l'on y fait des incisions, il s'en écoule avec abondance un liquide séro-sanguin, dont toutes les cellules sont imbibées.

L'engouement peut n'envahir qu'une légère étendue du tissu pulmonaire, comme la totalité de cet organe : ce cas n'est pourtant pas le plus ordinaire, souvent il en occupe la base, et il s'irradie de ce point vers les parties supérieures.

L'engouement se rencontre fréquemment chez les enfans morts d'une pneumonie que les symptômes souvent mal dessinés n'ont pu faire reconnaître.

Quand l'inflammation est arrivée au second degré, le parenchyme pulmonaire présente assez bien, au premier coup-d'œil, l'aspect d'un foie gorgé de sang ; il ne crépite plus ; l'air qui en occupait les cellules a cédé la place à une sorte de bouillie assez liquide, rougeâtre, s'écoulant difficilement quand on pratique des incisions au poumon, mais s'enlevant lorsqu'on racle avec le scalpel ; le tissu divisé offre de nombreuses granulations que M. Laënnec regarde comme le caractère anatomique propre à l'inflammation du poumon. Suivant ce même auteur, la fermeté de cet organe est beaucoup plus grande que dans l'état naturel. M. Andral dit, au contraire, que sa friabilité est extrême ; il représente ce second degré d'inflammation par l'expression du ramollissement rouge.

Dans cet état de phlogose, le poumon augmente-t-il de volume? M. Broussais, et plus récemment M. Scoutteten, affirment avoir distingué sur un poumon ainsi enflammé l'empreinte causée par la pression des côtes. M. Laënnec combat cette assertion; les côtes, dit-il, sont absolument sur le même plan que les muscles intercostaux, et ces derniers, à raison de leur tension, offrent une résistance à peu près égale à celle des côtes elles-mêmes, qui ne peuvent par conséquent, en aucun cas, faire saillie à l'intérieur. Si pareille chose pouvait arriver quelquefois, ce serait, peut-être, chez des sujets qui, par suite du rachitis ou d'une fracture, auraient quelques côtes proéminentes en dedans. Ces raisons paraissent plausibles; cependant il est avéré que, dans un organe enflammé, l'afflux des liquides est beaucoup plus considérable, ce qui doit en accroître le volume. M. Andral dit que cette augmentation de volume n'est qu'apparente, et qu'elle dépend de ce que le poumon privé d'air ne s'affaisse plus comme celui qui en est encore rempli au moment où l'on ouvre la poitrine. Je laisse aux médecins qui s'occupent plus particulièrement d'anatomie pathologique, le soin de décider la question.

Quelques auteurs, et entre autres M. Broussais, pensent que l'hépatisation pulmonaire est constituée par l'épanchement du sang dans les capillaires de l'artère et des veines pulmonaires. M. le docteur Brazière a renversé cette hypothèse par une expérience concluante; il a injecté de l'eau tiède par l'artère pulmonaire dans un poumon hépatisé, et il vit bientôt ce liquide pénétrer facilement dans les bronches et les veines pulmonaires. N'est-il pas évident que ni les vaisseaux sanguins, ni les divisions les plus ténues des bronches, ne sont obstrués dans l'inflammation du poumon, et que conséquemment celle-ci ne peut résider que dans le tissu interlobulaire? Telle est l'opinion de Vicq-d'Azyr, de Bichat et de plusieurs savans pathologistes, qui expliquent la compacité d'un poumon enflammé par l'exudation d'un liquide albumineux plus ou moins concrescible, analogue à celui qui préside à la formation des fausses membranes, et qui est déposé dans le tissu interlobulaire de cet organe;

Au troisième degré de la maladie, le tissu pulmonaire compact, imperméable à l'air, ne surnageant plus à l'eau, comme précédemment, a pris une couleur particulière. M. Laënnec la compare à celle de la paille ; M. Andral lui donne une teinte grise. Ces deux auteurs ne sont pas plus d'accord sur la consistance qu'offre alors le poumon. Tandis que le premier lui accorde la fermeté du foie à l'état sain, le second assure au contraire que sa friabilité est telle, qu'il suffit d'enfoncer le doigt dans un point quelconque du parenchyme pour y déterminer la formation d'une cavité remplie de pus, qui peut être prise pour un abcès de nouvelle formation : c'est là ce qu'il nomme ramollissement gris. M. Andral croit que l'induration est plutôt le résultat de la phlegmasie chronique, et il admet alors une induration rouge et une induration grise.

Si l'on incise le poumon, il en suinte un liquide jaunâtre ou grisâtre, dont la quantité est d'autant plus abondante que le ramollissement est plus considérable.

Dans le genre d'altération que je viens de décrire, le parenchyme pulmonaire est imbibé d'un liquide purulent, mais quelquefois il s'y forme des collections de pus aux dépens de la propre substance du poumon, auxquelles on a donné le nom d'abcès.

Les anciens pensaient que les abcès du poumon étaient très-communs ; ils les appelaient vomiques, et donnaient ce nom à toute évacuation spontanée de pus par la bouche. Aujourd'hui que les travaux des modernes ont jeté un plus grand jour sur ce sujet, on regarde comme très-rare la formation d'abcès dans les poumons. Sur plusieurs centaines d'ouvertures de pneumoniques, M. Laënnec n'a rencontré que cinq à six fois ce cas pathologique.

On trouve dans l'excellent ouvrage de M. Andral fils, deux observations d'abcès du poumon, dont aucun signe particulier n'avait révélé l'existence pendant la vie. M. le docteur Honoré a rapporté un pareil fait à l'Académie Royale de médecine en 1823. Déjà quelques années auparavant, M. le professeur Lallemand avait communiqué, à l'Athénée de médecine de Paris, quatre observations fort curieuses d'abcès au poumon. Dans l'une, le sommet du poumon

droit était transformé en un foyer purulent d'environ trois à quatre pouces de diamètre ; en avant, la cavité du foyer n'était séparée de la plèvre que par une épaisseur de quelques lignes ; en arrière, les parois avaient près d'un pouce ; la surface intérieure était inégale, noirâtre, traversée par des brides et des cloisons qui passaient d'un côté à l'autre dans tous les sens, en formant différens clapiers et embranchemens ; ces brides n'étaient autre chose que des vaisseaux et des ramifications des bronches qui avaient résisté à la destruction produite par la suppuration. De plus, on trouvait dans différens points, des portions du poumon dont quelques-unes avaient le volume d'un pouce, flottantes dans la cavité du foyer, désorganisées et ne tenant plus au reste des poumons que par des vaisseaux et des ramifications des bronches : telle est la description qu'en donne ce profond observateur.

A l'aide de ces caractères, il sera facile de distinguer les abcès du poumon, des cavernes contenant le détritus d'une masse tuberculeuse ou de toute autre altération organique. En effet, bien que la couleur et l'aspect du liquide que contiennent ces excavations soient, dans certains cas, assez semblables à ceux du véritable pus, ils en diffèrent cependant par le mélange de fragmens des tubercules, ramollis, à consistance friable ; d'ailleurs, la fermeté, l'exacte circonscription des cavernes, la fausse membrane qui les tapisse dans tous les cas, la membrane cartilagineuse qui lui succède quelquefois, suffisent pour les faire distinguer des véritables abcès du poumon. Les épanchemens pleurétiques interlobaires sont aussi logés dans une espèce de sac membraniforme.

La gangrène du poumon est peut-être l'espèce d'altération qu'on y rencontre le plus rarement. M. Andral en rapporte deux exemples. Elle est caractérisée, après la mort, par l'humidité et la friabilité du poumon qui offre en outre, dans d'autres points, les nuances des divers degrés de l'inflammation ; ce viscère est d'une couleur variée, depuis le blanc sale et légèrement verdâtre, jusqu'au vert foncé et presque noir : çà et là sont des amas de putrilage. Par l'incision, le parenchyme mortifié laisse écouler un ichor sanieux

d'un gris verdâtre, très-fétide. La gangrène est souvent fort étendue; d'autres fois elle est bornée à une petite partie de l'organe: dans ce dernier cas, elle se montre tantôt à l'état d'escarre, tantôt le tissu est transformé en une sorte de bouillie putride grise, verdâtre, d'une odeur *sui generis*

SYMPTOMATOLOGIE.

Après avoir passé en revue les différentes altérations du parenchyme pulmonaire, je vais exposer les symptômes de la pneumonie. Il est essentiel de faire remarquer qu'ils présentent des différences très-variées, tant par rapport à l'ordre de leur apparition et de leur constance, que par rapport à leur intensité.

Les préludes d'invasion de la pneumonie sont à peu près les mêmes que pour beaucoup d'autres maladies aiguës; elle s'annonce communément par un sentiment de malaise général, des frissons, de l'anxiété, des douleurs vagues, un sentiment d'oppression; d'autres fois le malade éprouve subitement une douleur pongitive et profonde dans un des côtés du thorax, ordinairement précédée d'un sentiment de froid. Cette douleur s'accroît dans les mouvemens respiratoires, sans arrêter l'inspiration, comme celle qui se fait sentir dans la pleurésie. Chez quelques sujets, les premiers symptômes sont: une toux plus ou moins intense avec oppression et fièvre; l'oppression est plus forte en général quand le malade se couche sur le côté sain. D'autres sujets accusent un sentiment de plénitude; le pouls, souvent fort, plein et fréquent, est, dans quelques cas, mou, petit et serré. Il faut bien se garder de s'en laisser imposer par cette apparence de faiblesse qui n'est due qu'à la violence de la phlegmasie.

La langue conserve sa couleur naturelle ou devient blanchâtre, et parfois d'un rouge vif. Le passage souvent réitéré de l'air atmosphérique dans la bouche, la dessèche, et cette cause, jointe à l'ardeur générale, produit l'appétence pour les boissons froides.

La peau est rosacée, chaude et halitueuse, point âcre, ni râ-

peuse; la parole est brève, l'haleine chaude, l'urine rare et rouge; il y a souvent une constipation opiniâtre.

La douleur, la toux, l'expectoration et l'état de la fonction respiratoire, forment les caractères les plus importans de la pneumonie et méritent une étude spéciale.

Le siége le plus ordinaire de la douleur est au-dessous du sein ou derrière le sternum, rarement vers le sommet ou la base du poumon.

La douleur, au moins celle qui est locale et aiguë, manque souvent dans la pneumonie. M. Andral assure que, dans les autopsies des pneumoniques qu'il a faites, il a constamment vu coïncider l'absence de la douleur avec l'état sain de la plèvre. Quand cette membrane ne participe pas à la phlogose, il y a plutôt, du côté malade, un sentiment de gêne et de malaise, une sorte de poids, une chaleur incommode et profonde, qu'une véritable douleur.

La toux est un des phénomènes les plus constans de la pneumonie; cependant son intensité et sa fréquence ne sont pas toujours en rapport exact avec l'acuité de l'inflammation; elle a rarement lieu par quintes; quelquefois elle manque absolument. D'abord douloureuse et sèche, elle ne tarde pas à amener des crachats blancs, plus ou moins visqueux, tantôt légèrement jaunes ou verdâtres et renfermant des bulles d'air qui ne peuvent s'en échapper; ils deviennent graduellement de plus en plus rouillés, et tiennent enfin en suspension des stries de sang; leur viscosité augmente aussi en raison des progrès de l'inflammation, et ils finissent par adhérer tellement aux parois du vase qui les renferme, qu'on peut le renverser sans qu'ils s'en détachent. A mesure que la phlegmasie diminue d'intensité, ils contiennent moins de sang, deviennent plus fluides et se rapprochent de plus en plus des caractères propres aux crachats du simple catarrhe aigu, pour disparaître tout-à-fait. La résolution de la pneumonie peut cependant n'être pas complète, bien que la disparition de la sécrétion fournie par la muqueuse bronchique ait eu lieu.

Lorsque la phlegmasie s'aggrave, la viscosité des crachats devient plus considérable; tantôt la sécrétion de la matière qui les forme

continue de se faire, mais l'excrétion devient difficile et même impossible, soit à cause de la grande faiblesse du malade, soit à cause de leur extrême viscosité; ils s'accumulent dans les voies aériennes et produisent la mort par étouffement. Tantôt la sécrétion bronchique se supprime brusquement, à cause de la prédominance d'une nouvelle irritation, qui peut être le résultat de l'emploi intempestif des purgatifs, comme le remarque Baglivi; Morgagni attribue le même effet aux saignées copieuses et souvent répétées. Sydenham partage à peu près la même opinion; cependant il croit, comme Frank, que, faites avec ménagement, elles peuvent rétablir l'expectoration.

La véritable cause qui détermine la suppression des crachats est l'exacerbation de la phlegmasie de la muqueuse pulmonaire. Ici, comme dans toutes les inflammations des muqueuses portées au plus haut degré, toute sécrétion cesse alors de s'y opérer.

Les auteurs ne disent pas si la matière des crachats prend un aspect particulier quand la pneumonie se termine par suppuration. M. Andral remarque que, dans ce cas, ou l'expectoration cesse, ou bien les crachats rendus sont grisâtres, inodores, s'écoulant en nappe et véritablement purulens. D'autres fois, la matière expectorée n'est ni visqueuse, ni gélatiniforme, ni rouillée, mais fournie par un liquide ayant la consistance de l'eau de gomme, d'un rouge brunâtre foncé assez semblable à du jus de pruneaux.

Si la gangrène est la terminaison de la pneumonie, on la reconnaît à l'expectoration d'un liquide d'abord verdâtre, puis d'un gris sale, rougeâtre par intervalle, et d'une odeur fétide caractéristique.

Enfin, les modifications qu'éprouvent la résonnance de la poitrine et bien plus encore la fonction respiratoire dans la phlegmasie du poumon, constituent des symptômes caractéristiques et suffisans, dans la plupart des cas, pour rendre le diagnostic assuré.

La dyspnée n'est pas toujours un indice fidèle de l'existence de la pneumonie; mais quelques malades affirment n'éprouver aucune gêne dans l'exercice de la respiration, tandis que l'on s'aperçoit évidemment que cette fonction est courte et accélérée, et qu'elle exige de plus grands efforts de la part des muscles qui concourent à mouvoir

les côtes; celles-ci sont plus élevées que dans l'état physiologique, ce que l'on constate en comparant les deux côtés du thorax. Le plus souvent le malade exprime lui-même l'oppression qu'il ressent et se plaint d'avoir dans la poitrine un poids qui l'étouffe ; son anxiété est extrême ; indifférent à tout ce qui l'entoure, il ne songe qu'à respirer, et change souvent de position. En général, la dyspnée est en rapport avec l'étendue de l'inflammation.

Dans l'enfance, les symptômes de la pneumonie sont moins prononcés ; il y a peu ou point d'expectoration ; le stéthoscope ne fournit que des indications vagues ; on entend rarement le râle crépitant, et le plus souvent il n'y a de différence que dans le plus ou moins de sonoréité de la poitrine. A cet âge, la phlegmasie ne dépasse presque jamais le premier degré, mais elle se dissémine sur un plus grand nombre de points.

Chez les vieillards, les symptômes offrent à peu près la même intensité que chez l'adulte ; la maladie débute souvent par un catarrhe bronchique ; elle arrive plus rapidement au troisième degré, et les forces se consument plus vite. La dyspnée est quelquefois telle, qu'on donne à la maladie le nom de catarrhe suffocant.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La durée de la pneumonie aiguë est généralement assez courte, on la voit se terminer du troisième au trentième jour ; après cette époque, on la regarde communément comme passée à l'état chronique. Il résulte des recherches de M. Martin Solon, faites à la clinique de M. Récamier, que, sur quarante-un cas de ce genre méthodiquement traités, les trois quarts environ se sont terminés du sixième au vingtième jour, et que moins d'un dixième sont passés à l'état chronique. Cette dernière terminaison devient plus commune, si le traitement est peu rationnel, ou si le malade se livre trop tôt à son genre de vie ordinaire.

La pneumonie se complique fréquemment d'autres phlegmasies pectorales, et notamment de la pleurésie ; il s'y joint quelquefois

des symptômes ataxiques ou adynamiques. La complication avec une gastro-entérite est très-fâcheuse : serait-ce par les entraves qu'elle peut mettre au traitement?

Enfin, les maladies régnantes, les localités et les complications diverses, doivent exercer la plus grande influence sur toutes les phases morbides et la thérapeutique de la pneumonie.

Cette maladie peut se terminer par résolution, par suppuration, par hépatisation, par gangrène.

La première de ces terminaisons est, sans contredit, la plus favorable et la plus ordinaire, quand le traitement est bien dirigé; elle peut avoir lieu d'une manière subite, et alors tous les symptômes disparaissent à la fois, ou bien l'inflammation se transporte inopinément sur un autre organe : il y a métastase.

Si le résolution est graduelle, la maladie parvenue à son état, ce qui a lieu du neuvième au quatorzième jour, s'arrête ; les symptômes diminuent peu à peu d'intensité, et elle semble se juger par une expectoration facile : c'est le mode de résolution le plus commun. Des hémorrhagies, des sueurs copieuses, des urines, des déjections alvines abondantes, des éruptions exanthématiques, sont des moyens critiques que la nature emploie pour guérir la pneumonie. Ces crises sont annoncées par une exacerbation manifeste dans les symptômes.

La suppuration a lieu souvent vers le deuxième septénaire de la maladie: elle s'annonce par la persistance des symptômes, excepté celui de la douleur; des frissons légers mais fréquens parcourent le corps; l'oppression continue ou augmente; le pouls est d'abord mou, ondulent; il devient de plus en plus fréquent; la toux est opiniâtre; la peau sèche et d'une chaleur âcre, sur-tout à la paume des mains et à la plante des pieds; la soif augmente; il y a des sueurs la nuit : l'amaigrissement est considérable, la faiblesse extrême. Ces signes ne laissent plus de doutes sur la formation du pus.

Cette terminaison est toujours redoutable, soit que le pus se forme disséminé dans le parenchyme pulmonaire, soit qu'il se rassemble en abcès. La suffocation graduelle ou subite en peut être le résultat; le pus, au lieu de se faire jour par les bronches, se fraie quelque-

fois un chemin par les parois de la poitrine. La suppuration du poumon n'exclut pas cependant tout espoir de guérison; le liquide peut être résorbé ou expulsé par une des voies indiquées. Souvent la maladie passe à l'état chronique, et la catastrophe plus ou moins retardée manque rarement d'avoir lieu.

L'hépatisation du poumon arrive du 3e au 7e jour et plus, suivant la rapidité des progrès de l'inflammation; les crachats cessent tout-à-coup; la dyspnée devient de plus en plus prononcée; le pouls est tremblotant, le délire se manifeste, le froid gagne les extrémités, et la mort arrive par suffocation. La percussion et le stéthoscope permettent de suivre les progrès de cette fâcheuse terminaison.

Lorsque la gangrène survient dans une pneumonie très-intense, les symptômes disparaissent tout-à-coup sans cause appréciable; l'expectoration fournit des crachats diffluens, cendrés, verts, livides, noirs et fétides. Une faiblesse extrême, le froid qui s'empare du corps, un facies particulier, un pouls misérable, ne permettent pas de la méconnaître; la partie gangrénée peut se séparer, tomber dans la cavité des plèvres, produire le pneumo-thorax; les excavations qui résultent de la chute de l'escarre, font entendre la pectoriloquie comme lors des cavernes tuberculeuses.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic d'une maladie si anciennement observée semblerait devoir être toujours facile; il n'en est pas cependant ainsi quelquefois, à cause de l'inconstance de la plupart des symptômes qui le caractérisent; en effet la dyspnée, la toux, l'expectoration de crachats d'une nature particulière que certains auteurs ont même regardée comme un signe pathognomonique, tout cet appareil de symptômes peut ne pas exister; bien plus, la percussion et même l'auscultation, ces moyens d'investigation si justement vantés, n'ont été d'aucune ressource dans certains cas.

Cependant, les divers symptômes que nous avons indiqués précédemment, existent en général en assez grand nombre, pour qu'il

possible de constater l'existence de la pneumonie, et préciser même le degré auquel l'inflammation est arrivée. C'est principalement à l'aide de la percussion et du stéthoscope que l'on obtient ce beau résultat.

La percussion, méthode d'investigation indiquée par Avenbrugger, et perfectionnée par Corvisart, fournit assez généralement le moyen de reconnaître l'inflammation du poumon, mais elle ne donne jamais les moyens d'en suivre les progrès, ni de la distinguer de la pleurésie; souvent elle devient inapplicable, insuffisante, et même peut induire en erreur, suivant la conformation de la partie du thorax que l'on explore, ou la manière dont on la pratique : la percussion ne peut donc pas constituer un signe d'une certitude assurée.

La découverte de M. Laënnec réunit tous les avantages de la percussion et bien au de-là, sans en présenter les inconvéniens. Le stéthoscope est d'une application générale, et met pour ainsi dire l'oreille en communication avec tout ce qui se passe dans l'intérieur de la poitrine; il indique les nuances les plus légères de la respiration, et exprime, par les sensations diverses qu'il transmet, les degrés variés de l'inflammation du poumon.

C'est ainsi que si l'on ausculte la poitrine dès l'invasion de la maladie, on constate déjà que, dans le point affecté, la respiration est plus courte et le murmure respiratoire moins prononcé; ce dernier phénomène se trouve de plus en plus obscurci, à mesure que le râle crépitant se manifeste et s'accroît. Ce râle ainsi désigné par M. Laënnec, à cause de la ressemblance qui existe entre le bruit qu'il produit et le bruit que l'on entend quand on fait décrépiter du sel sur des charbons ardens, a encore une analogie plus parfaite avec le bruit que l'on provoque en froissant un morceau de parchemin. Il résulte de la difficulté qu'éprouve l'air pour pénétrer dans les vésicules pulmonaires enflammées. Ce râle, enfin, est le symptôme caractéristique de la pneumonie au premier degré, et il ne cesse de se faire entendre qu'après la résolution de la phlegmasie, ou lorsque cette dernière devient plus intense.

Dans cette seconde hypothèse, la pneumonie a atteint le second degré; alors le murmure respiratoire est totalement éteint.

Si le malade fait une forte inspiration, on sent et l'on voit le mouvement des parois thoraciques, dit Laënnec, mais on n'entend rien; quelquefois cependant le bruit respiratoire est remplacé par un râle muqueux plus ou moins marqué, produit par l'addition d'un catarrhe à la pneumonie ou par des crachats cuits. M. Andral observe que, chez beaucoup de malades dont le poumon est hépatisé en rouge ou en gris, le bruit de la respiration ne disparaît pas, mais qu'il est modifié de telle sorte qu'on dirait alors qu'un individu, placé près de celui qui écoute, souffle avec force dans un tuyau d'airain. Ce phénomène provient de ce que l'air ne peut plus pénétrer au-delà des bronches. Quand la phlegmasie diminue, le stéthoscope transmet de nouveau les symptômes qui appartiennent au premier degré ; si elle arrive au contraire au troisième degré, l'auscultation, continuant à offrir les phénomènes que je viens d'indiquer, ne peut pas servir à préciser le passage à ce nouvel état; celui-ci n'a guère comme signe caractéristique que la couleur des crachats, plus ou moins semblable à du jus de pruneaux. Mais si le pus se réunissait dans un foyer communiquant avec les bronches, ou qu'une escarre gangréneuse se détachant, il en résultât des excavations dans le parenchyme du poumon, l'auscultation ferait entendre le gargouillement et la pectoriloquie comme dans les cas de cavernes tuberculeuses.

Ordinairement dans les trois degrés de la maladie, et sur-tout dans les deux premiers, la respiration redevient puérile dans les parties du poumon demeurées saines. On rencontre aussi quelquefois, chez les pneumoniques, l'existence simultanée des signes indiquant les différens degrés de l'inflammation.

Si l'on ausculte le côté sain du thorax, on perçoit le murmure respiratoire avec d'autant plus de force que la phlegmasie est plus grave du côté opposé; ainsi la nature semble suppléer, par un surcroît d'action dans le poumon sain, à l'inhabilité de l'organe malade à remplir ses fonctions.

J'ai déjà observé qu'il est des cas, rares à la vérité, dans lesquels l'auscultation est entièrement nulle pour éclairer le diagnostic de la pneumonie. C'est sur-tout quand la phegmasie est circonscrite,

et qu'elle occupe un point éloigné de la périphérie de l'organe ; on a vu alors que la percussion aurait pu dissiper l'obscurité du diagnostic. Un homme était alité pour une maladie diversement caractérisée par plusieurs médecins. Le plus habile des praticiens qui se servent du cylindre fut mandé. Il explora la poitrine avec le stéthoscope, trouva partout le murmure respiratoire, et sans avoir égard au son mat que donnait la percussion, il déclara que le poumon et la plèvre étaient sains, que le malade n'était affecté que du phlegmon qu'on lui voyait à l'épaule, et qu'il était en voie de guérison. Le sujet mourut le lendemain, et l'on trouva le poumon gauche encore crépitant il est vrai, mais avec toutes les traces de la pneumonie au premier degré. (*Dict. abrég. des sci. méd.*)

Ce fait démontre l'importance de la percussion, et combien il importe de faire concourir plusieurs moyens d'exploration pour bien établir le diagnostic d'une maladie si grave.

PRONOSTIC.

Dans toutes les maladies, le pronostic se tire de l'intensité et de la nature des symptômes qui leur sont propres, et de l'importance des complications ; Boerhaave pense que celui de la maladie qui nous occupe est presque toujours grave. L'idiosyncrasie peut mettre en jeu un très-grand nombre de sympathies, et occasioner la mort, bien que l'inflammation soit circonscrite et peu intense ; dans d'autres cas, la guérison survient alors même qu'on avait constaté l'existence d'une phlegmasie étendue et arrivée au second degré.

Ces cas n'établissent pas la règle ; le praticien déduira toujours son pronostic de l'ensemble des symptômes, consultant avec plus de soin ceux qui sont caractéristiques ; une dyspnée considérable, quelque soit d'ailleurs l'état du poumon, est toujours d'un fâcheux augure ; le pouls faible, misérable, est considéré comme symptôme alarmant, s'il reste tel après des évacuations sanguines considérables, et qu'il coïncide avec l'oppression.

La nature des crachats concourt puissamment à établir le pro-

nostic. S'ils sont grisâtres, purulens, qu'ils séjournent dans les voies aériennes, on est menacé d'une terminaison funeste ; si, au contraire, de rouillés et de visqueux qu'ils étaient, ils prennent les caractères de l'état catarrhal, il y a espoir d'une résolution prochaine. Leur sécrétion est-elle brusquement supprimée, on peut généralement en accuser un surcroît d'inflammation ; mais une thérapeutique active et bienfaisante produit quelquefois le même résultat. Les pneumonies où l'on n'observe aucune expectoration ne sont plus graves que parce qu'on les méconnait souvent.

La sécheresse et la chaleur âcre de la peau sont moins favorables que son humidité habituelle. Des sueurs copieuses décident souvent la résolution de la pneumonie.

L'inflammation des lobes supérieurs est, en général, plus grave que celle des lobes inférieurs. La présence des tubercules qui existent souvent dans les premiers explique en quelque sorte cette assertion ; M. le professeur Delpech professe depuis long-temps que les tubercules vivant dans nos organes ne deviennent dangereux que lorsque l'inflammation les frappe de mort, car alors ce sont de véritables corps étrangers.

Parmi les diverses complications qui rendent le pronostic plus fâcheux, je me contenterai de signaler la gastro-entérite.

Enfin l'âge, la constitution régnante peuvent influencer le pronostic de la pneumonie.

TRAITEMENT.

La pneumonie marche avec tant de rapidité, qu'il importe de l'attaquer d'une manière à la fois prompte et énergique. Ici s'applique très-bien l'aphorisme des anciens : *Principiis obsta serò medicina paratur.*

Les moyens que la thérapeutique oppose à cette phlegmasie sont nombreux ; je parlerai d'abord de la saignée, des révulsifs, des narcotiques et des expectorans.

Si de grandes autorités, si la sanction du temps suffisaient pour établir l'efficacité d'un moyen curatif, la saignée devrait tenir ici le

premier rang. En lisant ses nombreux et célèbres apologistes, on éprouve un sentiment de respect qui gêne l'impartialité et commande presque le silence.

Depuis Galien, les émissions sanguines sont préconisées contre la pneumonie : Boërhaave, Stoll, Selle, Frank, et de nos jours l'illustre auteur du traité des phlegmasies chroniques, ont vanté leur efficacité et publié des préceptes sur leur emploi.

Au début de la maladie, Frank recommande de pratiquer sans retard une saignée copieuse à large ouverture, que l'on peut réitérer deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Stoll veut que l'on consulte à cet égard bien plus l'état de la respiration que celui du pouls ; il dit avoir saigné jusqu'à huit fois un malade dont le pouls était petit et serré, la face pâle, les extrémités froides, qui offrait toutes les apparences d'une extrême faiblesse. Selon ces auteurs, l'écoulement des règles ou des lochies ne doit pas empêcher de pratiquer la saignée, qu'il ne faut jamais réitérer au point de produire la syncope.

M. Andral conseille de saigner à toutes les époques de la maladie et toutes les fois qu'il y a oppression et douleur ; Pringle n'est pas de cet avis, et veut que l'on renonce aux émissions sanguines dès qu'il y a expectoration de crachats caractéristiques.

Les sangsues et les ventouses scarifiées ne peuvent jamais remplacer la saignée ; mais, placées sur le siége de la douleur, elles concourent efficacement à enrayer la marche de la maladie, et sont sur-tout indiquées quand il y a complication de pleurésie. Il est bon d'observer que les sangsues doivent être appliquées en grand nombre, afin que l'irritation que produit leur piqûre ne soit pas un nouvel élément de fluxion vers l'endroit affecté. Après leur chute, un cataplasme sera placé avec avantage sur la partie, tant pour favoriser l'écoulement du sang, que pour prévenir la légère irritation dont je viens de parler. Les ventouses scarifiées sont plutôt utiles par leur action puissamment révulsive, que par la quantité de sang qu'elles fournissent et qui est toujours peu considérable.

Chez les enfans, la difficulté d'obtenir du sang par l'ouverture

de la veine fait préférer généralement l'application de sangsues sur la poitrine ; cependant M. Guersent pense que la saignée par la lancette est beaucoup plus efficace, et qu'avec de l'habitude elle est presque toujours praticable. J'ai vu aussi, chez ces jeunes sujets, appliquer avec succès un sinapisme sur le thorax, pendant qu'on leur entourait les jambes de cataplasmes émolliens.

Il semble que, chez les vieillards, la saignée pourrait être regardée comme moins urgente et quelquefois même comme dangereuse. Frank s'attache à démontrer les avantages qu'on en retire à cette époque avancée de la vie ; il cite, entre autres faits, l'exemple d'un vieillard octogénaire, qu'il guérit d'une pneumonie intense au moyen de neuf saignées.

L'on conseille aussi, contre la pneumonie, l'emploi des révulsifs à l'extérieur, tels que les sinapismes, les vésicatoires, les cautères et les moxas ; mais l'on n'est pas d'accord sur le choix que l'on doit faire de ces moyens, sur le lieu où ils doivent être appliqués, et même sur l'époque de la maladie à laquelle ils conviennent. Je ne prétends pas éclairer ce point important de thérapeutique, mais je crois avoir observé que les révulsifs les plus prompts, tels que les sinapismes, réussissent mieux au début de l'inflammation et peuvent quelquefois la déplacer ; mais lorsque cet espoir a été déçu dans la période d'augment, je pense que l'on doit s'abstenir des révulsifs, qui, dans ce cas, paraissent augmenter l'affection principale de toute l'irritation qu'ils produisent.

J'ai vu quelquefois, au début de la maladie, recourir à des moxas sur le sternum, dont on entretenait la suppuration après la chute de l'escarre. Quelques auteurs recommandent d'appliquer des vésicatoires sur les membres inférieurs ; d'autres, sur le lieu même de la douleur : tous appuient ces préceptes sur des succès.

Pendant la période d'acuité de la pneumonie, on prescrit aux malades des boissons tièdes et adoucissantes ; mais si l'expectoration des crachats devient difficile, et sur-tout si l'on redoute la suffocation, on a recours aux expectorans, tels que le polygala seneca, l'oximel scillitique, le kermès minéral ; ce dernier est le plus em-

ployé, on le donne à la dose de deux ou trois grains dans quatre onces de véhicule, et par cuillerées.

Les purgatifs ont été conseillés lorsque la maladie est compliquée d'un état gastrique ou d'une constipation opiniâtre. M. le professeur Lallemand disait dernièrement à sa clinique, que, consulté pour une pneumonie qui avait résisté aux saignées souvent répétées et qui s'accompagnait de constipation, il administra l'émétique en lavage et obtint un succès complet.

Les vomitifs ont pour eux d'illustres praticiens: Barthez a employé le tartre stibié à dose vomitive, dans une pneumonie observée à Montpellier; et M. Double l'a prescrit avec un succès qui lui fait regretter de ne pas y avoir eu plus souvent recours. Enfin, les narcotiques ont été préconisés par Sydenham, qui les employait toujours lorsque la douleur était très-vive et précédait l'inflammation. Sarcone trace l'histoire d'une épidémie de pleurésies bilieuses, dans laquelle l'opium fit presque toujours avorter la maladie.

C'est là sans doute une belle et heureuse application de l'analyse. Ce médecin avait observé que la douleur précédait l'inflammation de quelques jours; que par conséquent elle n'était pas un symptôme, mais bien un élément primitif de la pneumonie: il donna l'opium et son jugement se trouva confirmé.

Telle était la thérapeutique de la pneumonie, lorsque Rasori, commentant les théories de Brown, créa un nouveau système et donna une direction nouvelle à la médecine de son pays. Ce n'est point ici le lieu d'exposer la doctrine du réformateur italien; la juger, serait une tâche au-dessus de mes forces. Mais la médecine française a aussi son réformateur; et quand de toutes parts s'agitent de si graves questions, c'est un droit, sinon un devoir pour tout médecin, d'émettre son opinion: l'expérience n'a pas encore mûri la mienne, et je ne dois la présenter qu'avec une extrême réserve. Je n'ai été jusqu'à présent que spectateur de la lutte entre les idées nouvelles et les anciennes théories, et me vouant à la pratique, je ne crois pas m'enrôler jamais sous les drapeaux d'aucun parti. C'est, je crois, une grande pensée, une noble ambition, que d'avoir voulu

faire de la médecine une science exacte ; mais je crois aussi que cette ambition sera toujours déçue ; qu'il y aura toujours autant de modes de traitement d'une même maladie, qu'il y aura de nuances et de modifications dans la manière dont les individus en sont affectés.

L'action des médicamens est un écueil contre lequel viennent échouer toutes les théories. Avec du génie on ne peut pas expliquer l'action du quinquina dans les fièvres intermittentes, de l'iode dans le goître, du baume de copahu dans la gonorrhée, des préparations d'or dans la syphilis ; mais, par l'expérience, on constate les bons effets de ces substances, et on les emploie avec hardiesse dans les cas qui les réclament.

Rasori, reconnaissant que des médicamens réputés toniques triomphent souvent de l'inflammation, les considère comme contre-stimulans, et admet une action élective pour quelques-uns d'entre eux. Il admet aussi, que plus est grand l'excès des stimulus, plus grande est la tolérance pour le remède ; enfin, l'expérience clinique le conduit à regarder le tartre stibié comme un des contre-stimulans les plus puissans, et comme spécifique dans le traitement de la pneumonie. Conséquent avec ses principes, il le donne d'abord à la dose de douze à vingt grains dans les pneumonies aiguës. S'il survient des vomissemens, c'est que l'état morbide qu'il appelle diathèse n'est pas assez prononcé. Mais si cette diathèse est parvenue à son plus haut période, il donne hardiment jusqu'à un gros d'émétique sans provoquer ni selles, ni vomissemens.

Cette témérité, souvent justifiée par des succès inespérés, devait trouver en Italie des imitateurs, et Tommassini, élève brillant, ou plutôt émule de Rasori, ne tarda pas à se faire l'historien et le défenseur de la nouvelle doctrine.

En France, l'éclectisme médical commençait à prendre la place de l'enthousiasme exclusif, et quelques médecins, sans admettre ni rejeter les théories et les explications des Italiens, voulurent en faire des applications à la thérapeutique. Trop souvent témoins de l'impuissance des moyens employés contre l'inflammation du poumon, et persuadés, comme le dit un auteur à la fois spirituel et pro-

fond, que l'administration d'un remède ne doit jamais porter sur des théories, quelles qu'elles soient, mais sur un empirisme rationnel, ils administrèrent l'émétique à hautes doses dans la pneumonie.

Le premier résultat de leur expérience fut de constater, que le tartre stibié n'agit plus dans l'état morbide comme dans l'état sain, et que, dans le plus grand nombre de cas, la tolérance pour le médicament est en raison de l'intensité de la maladie : fait précieux qui infirme les conséquences qu'on a voulu tirer des expériences sur les animaux vivans, et qui peut devenir d'un intérêt immense en médecine légale. On avait déjà observé que l'opium, donné à des doses élevées dans le tétanos, ne produit pas son effet accoutumé. Combien de médicamens sont mal jugés et rejetés de la pratique comme inefficaces, parce qu'ils n'ont pas été prescrits à des doses en rapport avec l'intensité de la maladie ! On peut lire, pour s'en convaincre, les observations curieuses de M. le Prof. Delpech, sur l'emploi du baume de copahu dans la gonorrhée.

A Genève M. Peschier, à Paris plusieurs médecins distingués, et notamment M. Laënnec dont l'art médical déplore la perte récente, ont fait d'heureux essais et publié leurs observations.

M. Peschier ne considère pas le tartre stibié comme contre-stimulant ; il donne de son action une explication spécieuse que je me dispenserai de rapporter, mais il lui reconnaît tellement une vertu spécifique dans la pneumonie, qu'il a renoncé à la saignée dans cette maladie, et qu'il n'a pas eu à regretter la perte d'un seul malade. En lisant cette dernière assertion, j'avoue que l'on peut taxer ce médecin d'un peu d'exagération ; mais est-on en droit de douter de sa bonne foi ? Le doute, dans une matière si grave, n'est-il pas une insulte ; et pour l'exprimer, ne faut-il pas avoir des preuves irrécusables ?

M. Peschier administre l'émétique à la dose de six grains dans une potion édulcorée, à prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure ; il augmente ensuite la dose en proportion de la violence de la maladie, mais ne la porte pas au-delà de douze grains en douze heures.

M. Laënnec ne pense pas que le tartre émétique détruise l'excès de stimulus, mais il croit qu'il active l'action du système absorbant ; toutefois il ne donne cette explication que comme une conjecture.

Plus prudent que Rasori, moins confiant, peut-être, que M. Peschier, dans les pneumonies aiguës, il débute presque toujours par une saignée, et administre ensuite un grain d'émétique d'heure en heure en dissolution dans une infusion de feuilles d'oranger fortement édulcorée. S'il survient des nausées ou des selles, il fait ajouter un peu de sirop diacode, jusqu'à ce que la tolérance soit bien établie; alors, dit-il, on peut porter la dose du médicament jusqu'à trente grains dans les vingt-quatre heures. Jamais, ajoute ce savant observateur, l'émétique, dans l'état morbide, n'agit comme excitant, puisqu'on a vu même les symptômes de la gastro-entérite disparaître pendant son administration, qui est presque toujours suivie d'un abaissement notable de la chaleur, et d'une grande prostration des forces.

Plusieurs médecins se sont élevés contre l'emploi de ce nouveau moyen thérapeutique, et des expériences ont été tentées pour éclairer la question.

M. Magendie, dans son beau travail sur l'émétique, rapporte des expériences sur les animaux vivans, et croit pouvoir en conclure, que cette substance, donnée à haute dose, peut causer des accidens graves et même la mort; et que si, dans certains cas, les hommes et les animaux en avalent sans inconvénient de fortes doses, cela tient à ce que ce sel est rejeté en totalité dès les premiers efforts du vomissement. Il est évident, par ce qui précède, que ce savant, qui a tant enrichi la physiologie et la thérapeutique, n'a pas prétendu parler ici de l'état morbide.

M. Orfila, dans sa Toxicologie, met l'émétique pris à fortes doses au nombre des poisons corrosifs; mais ce médecin n'avait-il pas avancé déjà que l'iode était un poison et devait être proscrit de la matière médicale? M. Coindet n'a-t-il pas, en guérissant ses malades, répondu victorieusement à des assertions si légèrement établies? N'est-il pas temps enfin, dans l'intérêt de la médecine, et sur-tout dans celui de la justice et de l'humanité, de restreindre de beaucoup l'idée que l'on attache au mot poison? Et maintenant que l'acétate de morphine, l'acide prussique, la noix vomique et une infinité d'autres

médicamens sont journellement employés avec succès, est-il convenable de les désigner toujours sous une dénomination en contradiction avec les faits? Il est, sans doute, des circonstances où ces substances peuvent donner la mort; mais ce sont ces circonstances qu'il faudrait préciser avec soin avant de lancer un imprudent anathême.

M. Broussais, ne pouvant nier l'action curative du tartre stibié, cherche à l'expliquer par la théorie de la révulsion; mais, qu'il me soit permis de le dire, il ne me paraît pas plus heureux ici que pour le quinquina. S'il y avait révulsion, elle laisserait des traces; des gastrites, des gastro-entérites, remplaceraient la pneumonie vaincue; d'autres révulsifs seraient également efficaces; ce qui est en tous points contraire à l'observation. Chez le petit nombre d'individus qui ont succombé pendant l'emploi du tartre stibié à hautes doses, M. Laënnec n'a constaté aucunes traces d'irritation gastro-intestinale.

Pour achever la tâche que je me suis imposée, il me resterait, je le sais, à préciser les cas où le tartre stibié doit être employé, et ceux où l'on doit renoncer à son usage; mais il me faudrait, pour éclairer ce point de thérapeutique, une expérience personnelle que je n'ai pas encore. Peut-être un jour, si cet Essai était accueilli avec indulgence, oserais-je m'efforcer de le rendre moins incomplet! Mon but, aujourd'hui, n'a été que de rappeler l'attention des praticiens sur une médication que je crois précieuse. Je ne prétends pas qu'avec son aide on guérisse toujours, mais je crois que l'on guérit plus souvent. En me faisant son historien, je n'ai point avancé qu'il fallût renoncer en sa faveur aux autres moyens employés jusqu'à présent. Je me suis appuyé sur de grandes autorités; j'aurais pu reproduire des observations prises à la clinique de M. Laënnec, clinique qui laissera des souvenirs et dont les résultats, recueillis avec soin, seront long-temps utiles à la médecine d'observation. Enfin, un professeur, placé à la tête d'un grand hôpital, m'a dit avoir employé le tartre stibié avec des succès presque constans. Que je dois me féliciter, en terminant cette dissertation, d'avoir recueilli, dans le sein même de cette École, un témoignage d'un si grand poids!

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MESSIEURS :	MESSIEURS :
LORDAT, DOYEN.	ANGLADA.
BAUMES.	CAIZERGUES.
LAFABRIE, *Examinateur.*	DUPORTAL, PRÉSIDENT.
BROUSSONNET, *Suppléant.*	DUBRUEIL, *Examinateur.*
DELPECH.	BÉRARD, *Examinateur.*
DELILE.	DUGÈS.
LALLEMAND.	DELMAS.

PROFESSEURS HONORAIRES.

CHAPTAL.	VIGAROUS.

VIRENQUE, *Professeur émérite.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

BATIGNE.	POURCHÉ, *Suppléant.*
BAUMES FILS.	POUZIN.
BERTRAND.	RECH.
BOURQUENOD, *Examinateur.*	RENÉ.
ESTOR.	SABLAIROLES.
FAGES.	SAISSET.
GOLFIN, *Examinateur.*	. . . .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être conssidérée comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.